

Fahr, Th.: Verblutung in die Muskulatur bei einem Hämophilen. (*Path. Inst., Univ. Hamburg.*) Dtsch. Z. Chir. 248, 208—213 (1936).

Meist handelt es sich bei Todesfällen von Hämophilenkranken um Verblutung nach außen, seltener um solche in die inneren Körperhöhlen.

Ref. hat einmal (Vjschr. ges. ger. Med. III. Folge Suppl. 1913) über einen Fall berichtet, bei dem eine tödliche Gehirnblutung eines Hämophilen festgestellt werden konnte.

In der vorliegenden Mitteilung des Autors handelt es sich um einen 21jährigen Mann, bei dem schon der Großvater an einer Knieverletzung (offene Wunde?) verblutet sein sollte. Der Patient selbst war schon mehrfach wegen unstillbarer Blutungen in Behandlung. Zuletzt wurde Patient ins Krankenhaus aufgenommen, weil er beim Ballspiel mit einem anderen zusammengestoßen war und sich daraufhin eine hochgradige Schwellung des rechten Oberschenkels von der Weiche bis zum Knie entwickelt hatte. Nach einigen Tagen Krankenhausbehandlung war die Bewegungsmöglichkeit besser geworden, als sich Patient am 8. Tage nach der Aufnahme versehentlich auf eine scharfe Kante setzte und im Anschluß daran wieder, und zwar diesmal an der Rückseite des Oberschenkels, eine enorme subcutane Blutung erlitt. Der Umfang des rechten Oberschenkels war im Lauf von 3 Tagen von 45 auf 59,5 cm angewachsen! Trotz Bluttransfusion stirbt der Patient.

Bei der Leichenöffnung fand sich eine enorme Blutung im rechten Oberschenkel, wobei sich schätzungsweise 2 l (!?) dunkelroten flüssigen Blutes aus großen buchtigen, in der Adduktorenmuskulatur entwickelten Höhlen entleerten. Das Hüftgelenk selbst war nicht beteiligt, im Markraum des Oberschenkels fanden sich eine Anzahl älterer Blutungen, welche wie alte apoplektische Cysten des Gehirns aussahen. In der Gegend des linken Ellenbogengelenks, das durch frühere Blutungen versteift war, fand sich die Muskulatur von breiten Bindegewebsmassen durchsetzt, und in diesen Bindegewebsmassen eingeschlossen fanden sich reichlich Kalkbröckel und osteoide Bälkchen. Hier und da auch in der Muskulatur kleine Blutungen, Pigmentschollen, Zellinfiltrate usw.

Die vorliegende Beobachtung zeigt also bei einem Hämophilen Knochenmarkcysten, aus Blutungen hervorgegangen, ferner periartikuläre metaplastische Knochenbildung, wahrscheinlich auch nach Blutungen, und endlich eine tödliche innere Verblutung in die Oberschenkelmuskulatur.

Merkel (München).

Schwangerschaft, Abort, Geburt, Kindesmord.

● **Gaumnitz, Helmut: Das Kindbettfieber vom Standpunkt der gerichtlichen Medizin.** (Veröff. Volksgesdh.dienst Bd. 47, H. 2.) Berlin: Richard Schötz 1936. 32 S. RM. 1.20.

In der Einleitung bringt Verf. eine Reihe von statistischen Angaben; nach Dietrich hat das Reich 1923—1930 rund 27000 Frauen an Kindbettfieber verloren; die Hälfte der Verluste beim Geburtsvorgang ist durch Kindbettfieber bedingt. Verf. hält selber diese Zahlen für zu niedrig. Dietrich rechnet mit der 3—4fachen Zahl von Todesfällen, besonders durch Aborte, sowie mit der 10fachen Zahl von Erkrankungen (1933 etwa 34000). Verf. untersucht 1. die Besonderheiten, die eine rechtzeitige weitgehende Erfassung und erfolgreiche strafrechtliche Verfolgung beim Kindbettfieber erschweren und zum Teil unmöglich machen, und 2. die Frage, unter welchen Voraussetzungen heute eine strafrechtliche Verfolgung (hauptsächlich wegen Fahrlässigkeit) überhaupt möglich, angebracht und aussichtsreich sei. Es seien hauptsächlich psychologische Gründe, die die Angehörigen bei Todesfällen von Wöchnerinnen von der Strafanzeige gegen Arzt oder Hebamme abhalten, da sie ja doch wissen, daß der Arzt den besten Willen gehabt hat (ebenso die Hebamme). Die Erfassung beruht in erster Linie auf der Meldung auf Grund der Anzeigepflicht. Da diese Meldungen häufig Selbstmeldungen der Schuldigen sein müssen (bzw. der Beteiligten), so unterbleibt natürlich manche Meldung und erfolgen viele Vertuschungen der wahren Todesursache. Um alle Fälle zu erfassen, denkt Verf. (wie früher auch schon andere) an die allgemeine amtsärztliche Leichenschau, bei diesen Fällen natürlich verbunden mit der gerichtlichen Sektion (Dietrich, Stumpf). Wertvoller noch wäre die vollständige Meldung der Erkrankungsfälle. Vertrauensvolle Zusammenarbeit von Arzt und Heb-

amme mit dem Amtsarzt in fürsorgerischer Gemeinschaftsarbeit wird gefordert. Viel häufiger als bei Zuziehung der Hebamme tritt das Kindbettfieber bei ärztlichen Eingriffen auf. In der Folge befaßt sich Verf. mit bakteriologischen Gesichtspunkten bei Beurteilung des Kindbettfiebers (vgl. Schottmüller, Münch. med. Wschr. 1928, 1581). Die wichtigsten Fragen auf diesem Gebiet sind noch nicht eindeutig gelöst (Herkunft der Krankheitserreger, Vermeidbarkeit der Infektion durch bestimmtes Handeln und Unterlassen, Selbstinfektion beim Geburtsvorgang oder Wirkung bestimmter ärztlicher Handlungen oder Unterlassungen, Gründe für den Übergang harmloser oder lokaler Infektion zu schwerer, tödlicher Allgemeininfektion, endogene oder exogene Ursachen dafür). Das klinische Bild bringt keine Entscheidung. Unterscheidung zwischen spontaner, artefizieller und metastatischer Infektion wird angeregt. Die Bedeutung unzeitgemäßer Kohabitation kurz vor oder nach der Entbindung wird hervorgehoben. Aus all diesen Gründen ist nur in recht seltenen Fällen eine Strafverfolgung möglich, angebracht und aussichtsreich. Notwendig ist dazu die Sicherung der Diagnose durch Vorgeschichte, Krankheitsverlauf, zeitliche Verhältnisse, gerichtliche Sektion, Ausschaltung unverschuldeter Infektionsmöglichkeiten, Nachweis von Fehlern und Nachlässigkeit in der Desinfektion im weitesten Sinne. Kindbettfieber nach pathologischen Geburten kann kaum jemals verfolgt werden. Untersuchungen ohne sterile Gummihandschuhe sollen künftig als schuldhaftes Fahrlässigkeit beurteilt werden. Bereits zur ersten Vernehmung müssen medizinische Sachverständige zugezogen werden. Diese Forderung ist vom Amts- und Gerichtsarzt bereits im vorläufigen Gutachten zu erheben.

Walcher (Würzburg).

Guthmann, Heinrich, und Oswald: Menstruation und Mond. (*Univ.-Frauenklin., Frankfurt a. M.*) Mschr. Geburtsh. 103, 232—242 (1936).

Aus den Krankengeschichten der Jahre 1922—1935 wurde von 10393 Frauen der 1. Tag der letzten Menstruation festgestellt. Es wurden nur solche Krankengeschichten verwertet, bei denen der Cyclus als absolut regelmäßig und ohne irgendwelche pathologischen Veränderungen angegeben war. Die Menorrhagien wurden, auch wenn sie regelmäßig waren, ausgeschlossen und weiter nur solche Angaben als zuverlässig angesehen, deren Registrierung kurze Zeit nach der letzten Regel erfolgt war. Wurden diese Menstruationsdaten zu den Mondphasen in Beziehung gesetzt, so ergab sich eine deutliche Steigerung am Vollmonds- und Neumondstage mit einem ebenso deutlichen Absinken am Tage vor dieser Phase. Hierbei wurde der 14. und 15. Tag, da ja die Mondphasen um 1—2 Tage schwanken, als 1 Tag gerechnet. Sowohl die Aufteilung der Serie in zwei verschiedenen große, wie die Umrechnung nach dem Mittelwert ergeben dieselbe Kurve. Auch die Einteilung nach Sommer und Winter bringt kein anderes Ergebnis. Danach ist an der tatsächlichen Bevorzugung dieser beiden Tage durch den Menstruationseintritt nicht zu zweifeln. Die Tatsache der Doppelperiode läßt als Erklärung nur zu, daß nicht der Mond an sich, sondern die durch seinen Kreislauf bedingte Veränderung der unsere Erde treffenden Sonnenenergie die Ursache für diese Erscheinung ist.

Frommolt (Halle a. d. S.).

Carvalho Azevedo, Francisco: Das Problem der bewußten Empfängnis. Beitrag zur Methode von Ogino-Knaus, belegt mit 50 persönlichen Beobachtungen. (*Clin. Obsetr., Univ., Rio de Janeiro.*) Ann. brasil. Gynec. 1, 386—405 u. 474—510 u. dtsch. Zusammenfassung 510—511 (1936) [Portugiesisch].

Es ist die erste Abhandlung, die in Brasilien über die Methode von Ogino-Knaus zur Empfängnisverhütung erschienen ist. Aus religiösen, ethischen und hygienischen Gründen verwirft Verf. den künstlichen Abort und die Verwendung antikonzepzioneller Mittel und empfiehlt dafür die periodische Enthaltensamkeit. Er stützt sich dabei auf eigene Erfahrungen, die er seit 4 Jahren bei 50 Frauen mit 518 Menstruationscyclen gesammelt hat. Er fand dabei einen Cyclus von 19—23 Tagen bei 8%, von 24 bis 34 Tagen bei 90%, von 35—40 Tagen bei 2%. Am häufigsten kommt der 28 Tage-

cyclus vor. Bei einfachen Cyclen beträgt die verbotene Periode des Verkehrs 8 Tage, vom 12. bis 19. Tage vor der nächsten Menstruation. Veränderungen des Cyclus können bedingt sein durch Fehlgeburt, Reisen, Erregung usw. Gynäkologische Erkrankungen sind zu berücksichtigen. Verf. bringt eine Reihe graphischer Darstellungen. Er hatte bei seinen Versuchen nur 2 Mißerfolge, die durch äußere Umstände bedingt waren.

Ganter (Wormditt).

Bracale, Umberto: La diagnosi di epoca di gravidanza dalla percentuale di eritroblasti nei capillari dei villi coriali. (Die Diagnose des Zeitpunktes der Schwangerschaft aus dem Prozentsatz der Erythroblasten in den Capillaren der Chorionzotten.) (*Istit. di Anat. ed Istit. Pat., Univ., Napoli.*) Arch. Ostetr. **43**, 507—518 (1936).

Verf. stellt Betrachtungen prinzipieller Art über die Blutgenese an und berichtet über eigene Untersuchungen, die an frischem, bei Abortausräumung oder Abrasio gewonnenem Material ausgeführt wurden. Der Zeitpunkt der Schwangerschaft wurde aus klinischem Befund und anamnestischen Daten errechnet. Aus den Untersuchungsergebnissen anderer Autoren und den eigenen Erythroblastenzählungen kommt Verf. zu dem Schluß, daß die Schwangerschaft nicht älter als 2 Monate sein kann, wenn sich in den Capillaren der Chorionzotten nur Erythroblasten finden. Wenn aber Erythrocyten vorhanden sind und daneben mehr als 1% Erythroblasten, so schwankt der Zeitpunkt der Schwangerschaft zwischen dem 2. und 3. Monat. Fehlen aber die Erythroblasten oder betragen sie weniger als 1%, so ist die Schwangerschaft älter als 3 Monate.

Helene Fritz-Hölder (Wiesbaden).

Wahl, F. A.: Kritik an der bisherigen Berechnung des Geburtstermins. (*Univ.-Frauenklin., Köln.*) Dtsch. med. Wschr. **1937 I**, 125—128.

In früheren Untersuchungen war bereits die Frage der Bedeutung des Menstrationscyclus für die Errechnung des Geburtstermins geprüft worden. Deren Resultate wurden durch weitere umfassende statistische Überprüfungen bestätigt und wesentlich erweitert. Danach beträgt die auf die Menstruation bezogene Schwangerschaftsdauer für alle Frauen, die ein reifes Kind austragen, durchschnittlich 285 Tage. Die bisher zugrunde gelegte Zeitspanne von 280 Tagen muß als überholt gelten. Frauen mit 3wöchentlichem Menstruationstypus bringen in sichtlich kürzerer Zeit ein Kind zur Reife als 4wöchentlich Menstruierende. Bei Vermutung einer evtl. vorliegenden Kindesübertragung kann bei einem 28tägigem Menstrationscyclus mit prophylaktischen Maßnahmen gezögert werden, während bei kurzfristigem Menstrationscyclus besondere Vorsicht, evtl. früheres Eingreifen empfohlen wird.

Schräder.

Tongerens, F.-C. van: Pseudo-gravidité par les kystes lutéiniques. (Scheinschwangerschaft bei Luteincysten.) (*Clin. d'Obstétr. et de Gynéc., Univ., Amsterdam.*) Gynéc. et Obstetr. **34**, 350—362 (1936).

Zu der leicht möglichen Fehldiagnose einer Schwangerschaft bei dem Vorhandensein von Luteincysten haben sich verschiedene Autoren schon ausführlich geäußert (Rokitanski, Klob, Halban, Kehrer, G. A. Wagner, Stemmer, Kermauner), deren Erfahrungen aus der Literatur kurz wiedergegeben werden. Weiterhin werden die bekannten Entwicklungs- und Wirkungsstufen der gonadotropen Hormone besprochen, um die klinischen Erscheinungsformen der Luteincysten zu erklären, die nahezu einwandfrei das Bild einer Schwangerschaft vorzutäuschen vermögen. — Zu der allgemeinen Erfahrung werden die Krankengeschichten von 3 weiteren Patientinnen hinzugefügt. Bei zwei von ihnen wurde die Diagnose einer Luteincyste nur aus den klinischen Symptomen gestellt. Die Luteincysten verschwanden später und mit ihnen die Symptome einer Scheinschwangerschaft. Bei der dritten Frau wurde eine Operation nötig, die die Diagnose einer Cyste bestätigte und eine Heilung herbeiführte. — Wichtig ist das Verhalten in derartigen unklaren Fällen einer Scheinschwangerschaft. Die Anamnese bezüglich der Unmöglichkeit einer Schwangerschaft und das Fehlen der Kindsbewegungen besagen erfahrungsgemäß wenig. Wertvoller sind die Hormonprobe und die hormonale Stimulierung durch Follikulin. Die erstere wird

negativ ausfallen, die zweite wird einen normalen Menstruationsablauf provozieren. Bei eindeutig fühlbaren Tumoren infolge der Luteincysten ist eine Operation ohnehin nötig, die sehr rasch zur Diagnose und Heilung führt. *G. Schäfer* (Berlin).

Friedrich, Bernd: Nachprüfung und Vereinfachung der Schwangerschaftsreaktion nach Visscher und Bowman. (*Univ.-Frauenkln., Leipzig.*) *Mshr. Geburtsh.* **103**, 211 bis 216 (1936).

Bei der Nachprüfung der Reaktion fand der Verf. zunächst, daß die zu untersuchenden Urine auf ein spezifisches Gewicht von 1015 eingestellt werden müssen, da sehr niedrig gestellte Schwangerenurine einen negativen, Urine von sicher nicht Graviden mit einem hohen spezifischen Gewicht einen positiven Ausfall der Reaktion ergaben. Der Verf. fand weiter, daß der Ausfall der Visscher-Bowmanschen Reaktion in der Hauptsache durch den Zusatz der Salzsäure bedingt ist. Das Methylcyanid und Wasserstoffsperoxyd scheinen am wenigsten am Ausfall der Reaktion beteiligt zu sein. Das Phenylhydrazin gibt der Reaktion einen gelben Grundton. Läßt man alle Reagenzien weg, ändert sich die zugrunde liegende Farbe nur insofern, als sie vom gelbbraunen zum braunen Ton übergeht. Läßt man hingegen die Salzsäure weg, so findet überhaupt kein Ausfall der Reaktion statt. Der Verf. nimmt weiterhin an, daß die Reaktion auf einer Farbreaktion zwischen Prolan und Salzsäure beruht, da sich bei den Kontrollversuchen mit Prolan, Hypophysin, Insulin, Progynon, Oroglandol, Ovarium-Panormon und Uden zeigte, daß nur die Lösungen von Prolan und Salzsäure nach dem Erhitzen eine kräftige Farbreaktion mit braunem Niederschlag ergaben. Der Verf. hat mit der von ihm ausgearbeiteten Methode 312 Urine untersucht. Die Treffsicherheit lag etwas über 90%. *Fauvet* (Leipzig).

Brindeau, A.: Considération sur la réaction d'Aschheim-Zondek envisagée au point de vue clinique. (Die Aschheim-Zondek-Reaktion vom klinischen Standpunkt aus.) *Schweiz. med. Wschr.* **1936 II**, 1113—1114.

Die Aschheim-Zondek-Reaktion ist eine geniale Entdeckung, die als großer Fortschritt der wissenschaftlichen Geburtshilfe und Gynäkologie gewertet werden darf, die aber doch praktisch nicht die überragende Bedeutung hat, die ihr manchmal zugeschrieben wird. Immerhin ist es damit möglich geworden, diagnostisch schwierige Fälle restlos aufzuklären. Fehlerquellen sind aber nicht ausgeschlossen und sie müssen tunlichst vermieden werden. Seit 7 Jahren hat sich Verf. mit seinem Mitarbeiter Hinglais dem Studium der Reaktion gewidmet und ist zum Resultat gelangt, daß man 2 Kaninchen, 3 männliche und 3 weibliche unreife Mäuschen verwenden muß, wenn man möglichst fehlerfrei arbeiten will. Die Mäuse sollen 3 Wochen alt sein und aus einer genau kontrollierten Zucht stammen. Die Kaninchen müssen ein durchschnittliches Gewicht von 2 kg aufweisen. *Hüssy* (Aarau).

Neuweiler, W.: Die Bedeutung der Porphyrinurie für die Diagnose der Extrauterin gravidität. (*Univ.-Frauenkln., Bern.*) *Schweiz. med. Wschr.* **1936 II**, 1169 bis 1170.

Für die oft sehr schwierige Differentialdiagnose zwischen unterbrochener Extrauterin gravidität mit Hämatocelenbildung gegenüber Adnexitis oder Appendicitis gibt es eine Reihe von Unterscheidungsmerkmalen, wie Leukocytenzahl, Blutsenkungsreaktion und das Auftreten von Bilirubin im Serum. Verf. weist auf ein neues Symptom hin, das in der Vermehrung von ätherlöslichem Porphyrin im Harn besteht. Porphyrin kommt bei allen mit Blutzerfall einhergehenden Prozessen als Abbauprodukt vor, so bei der Hämatocèle, bei langdauerndem Fieber und Vergiftungen, nicht aber bei Adnexitis. Die Unterscheidung zwischen der Tubarruptur und stielgedrehten hämorrhagisch infarzierten Tumoren, bei denen die Porphyrinprobe auch positiv sein kann, dürfte klinisch kaum je Schwierigkeiten machen. Verf. benutzte zum qualitativen Porphyrinnachweis die Methode von Brugsch, zum quantitativen die nach Fikentscher, die im einzelnen beschrieben werden, und auf dem Auftreten einer Fluoreszenz

beruhen. Verf. fand, daß bei der Hämatocele der Tubarruptur nach 2 Tagen Koproporphyrin in 3—4facher Menge des normalen im Harn ausgeschieden wird.

Rosenkranz (Köln).

Bierring, Knud: Tödliche Ligamentblutung bei spontaner Geburt. Hosp.tid. 1936, 662—664 [Dänisch].

Eine 33jährige Frau begann einige Stunden nach einer scheinbar normalen Geburt (3. Geburt, das Kind wog 4200 g) über Spannung in der Analregion und über Bedürfnis zur Entleerung zu klagen. 6 Stunden nach der Geburt wurde sie plötzlich matt, unruhig und mit kaltem Schweiß bedeckt; der Puls war kaum zu spüren. Sie starb 13 Stunden nach der Geburt. Die Sektion ergab ein sehr großes retroperitoneales Hämatom in der linken Seite des Beckens und von da aus bis zur linken Niere reichend. Die Blutung stammte von einigen fingerdicken, varicösen Venen im linken Parametrium. Das Bersten der Venen ist wahrscheinlich durch die — übrigen ziemlich leichte — Geburtsarbeit verursacht. Dieses Leiden ist sehr selten: $\frac{1}{2}$ —1 $\frac{1}{100}$. Die Sterblichkeit dagegen ist groß: 20—50%. Willy Munck (Kopenhagen).

Marx, A. M.: Ein bemerkenswerter Fall von Sturzgeburt. (Gerichtl.-Med. Inst., Dtsch. Univ. Prag.) Med. Klin. 1936 I, 734—735.

Eine 28jährige Zweitgebärende sucht einige Tage vor dem zu erwartenden Geburts-terminen wegen starken Stuhldrangs den Abort auf. Eigentliche Schmerzen hatte sie nicht. Auf dem Abort sprang sofort die Fruchtblase und das Neugeborene fiel in den Abortschlauch und verschwand sogleich. In der großen Aufregung, in welche sich die Frau befand, unternahm sie nichts zur Rettung des Kindes. Hingegen hörte eine andere Frau dessen Wimmern im Abflußrohre, und es gelang deshalb noch das Neugeborene lebend zu bergen. Die Gebärende konnte wegen versuchten Kindsmords nicht verurteilt werden, da es sich zweifellos um eine Sturzgeburt gehandelt hatte, welche das Nervensystem dermaßen alteriert hatte, daß sie nicht mehr wußte, was sie tat. Die lokalen Verhältnisse, die einem genauen Augenschein unterworfen wurden, ergaben übrigens die Bestätigung aller Angaben der Frau. Eigenartig ist die Tatsache, daß das Kind am Leben blieb und auch am Leben erhalten werden konnte. Hüssy.

Schorsch, W.: Ein Fall von ausgetragener Ovarialgravidität mit lebendem, gesundem Kinde. (Frauenklin., Univ. Köln.) Arch. Gynäk. 162, 371—378 (1936).

Eine III-Para ist 17 Tage mit den Zeichen der beginnenden Geburt in Behandlung. Lage des Kindes, Stand des vorangehenden Teiles, Tiefertreten des Kopfes in völlig normalem Durchtrittsmechanismus unter Eintreten wehenartiger Kontraktionen und Schmerzen, sowie die rectale und vaginale Untersuchung lassen zunächst durchaus normale Verhältnisse vermuten. Ebenso ergibt das Röntgenogramm nach Lage und Haltung der Frucht keinerlei Anhalt für eine extrauterine Schwangerschaft. Ein weiterer Faktor zur Erschwerung der Diagnosestellung war das Fehlen nennenswerter subjektiver Beschwerden bis in den letzten Schwangerschaftsmonat hinein. Alle üblichen Untersuchungsmethoden konnten demnach zu keiner sicheren Diagnose führen. Lediglich aus der Summe verschiedener Hinweise konnte schließlich mit großer Wahrscheinlichkeit die Diagnose Extrauterinigravidität gestellt und durch die Operation bestätigt werden. Die Hinweise waren: Inkongruenz zwischen heftigen wehenartigen Schmerzen und fehlendem Geburtsfortschritt, absoluter Geburtsstillstand bei auf Beckenboden stehendem Kopf, Ausbleiben der Eröffnung des Muttermundes und als wesentlicher Hinweis der oberhalb der Symphyse getastete Tumor. F. A. Wahl.

Naujoks, H.: Über intrauterine Fruchtschädigungen. (Frauenklin., Univ. Köln.) Münch. med. Wschr. 1936 I, 1039—1044.

Zur Frage des genannten Themas sich zu äußern, stellt keine leichte Aufgabe dar. Sie ist vielseitig und ebenso vielseitigen Kritiken ausgesetzt. Der Verf. bringt auch in der vorliegenden Arbeit nur eine Übersicht über die verschiedenen Formen der Fruchtschädigung. Dabei ist er sich bewußt, daß ein Unterschied zwischen einer Fruchtschädigung durch Keimanomalien, sowie durch Keimschädigung einerseits und durch schädigende Einflüsse auf die bereits befruchtete Eizelle andererseits und schließlich einer Schädigung der Frucht während der Geburt zu machen ist. Der Hinweis, daß Keimschädigungen auch durch antikonzepzionale Mittel möglich seien, ist einer der Punkte, der neben den vielen anderen Ursachen für intrauterine Fruchtschädigung beim Menschen jedenfalls nicht bewiesen werden kann. Man müßte wohl sonst bei

dem zweifellos doch umfangreichen Gebrauch chemisch-antikonzeptioneller Mittel viel häufigere und wahrscheinlich auch spezifische Veränderungen der Frucht sehen. Im übrigen teilt sich die Arbeit in folgende Kapitel: Schädigung der Frucht durch ein Trauma der Mutter, wobei auch die Frage des „psychischen Traumas“ gestreift wird; Verletzungen der Frucht im Uterus (Mitteilung des Amerikaners Stele über eine Darmperforation des Kindes durch einen Dolchstich); Fruchtschädigung durch raumbegrenzende Prozesse, das zweifellos wichtigste Gebiet im Zusammenhang dieser Fragen; amniogene Schädigung der Frucht, gleichzeitig Einwirkung der Nabelschnur im gleichen Sinne wie Amnionstränge; intrauterine Erkrankungen der Frucht (Tuberkulose, Lues, Encephalitis, Vergiftungen der Frucht); die Strahleneinwirkungen der Frucht durch Radium und Röntgen; Fruchtschädigungen durch Erkrankungen der Mutter (Endometritis, Umwelteinflüsse, Allgemeinerkrankungen, besonders Schwangerschaftstoxikosen). Die Aufgabe des Arztes ist nicht nach Beendigung der Geburtsleitung erfüllt, sondern sie beginnt häufig erst von neuem dadurch, daß Schädigungen oder Mißbildungen des Kindes auf ihre Genese und ihre Ursachen erforscht werden müssen.

F. Siegert (Freiburg i. Br.).

Redenz, E.: Indikation, Methode und Prognose der Schwangerschaftsunterbrechung aus medizinischen Gründen. (*Staatl. Frauenklin., Akad. f. Prakt. Med., Danzig-Langfuhr.*) *Med. Klin.* 1936 II, 1359—1363.

Der Umbruch unserer Zeit, der mit einer Umwertung der geistigen Haltung von Arzt und Bevölkerung einhergeht, die ganz besonders zukünftig in der Indikationsstellung zum Ausdruck kommen wird, fordert eine Zusammenfassung der Ergebnisse der vergangenen Jahre. Bei einer Aufnahmefrequenz von 2000—4000 in den letzten 20 Jahren wurden bei 64000 Aufnahmen 475 Schwangerschaftsunterbrechungen aus medizinischer Indikation ausgeführt (0,7%). 84% bei Verheirateten, 16% bei Ledigen. Es waren 16—19 Jahre alt 4%, 20—29 Jahre 50%, 30—39 Jahre 40% und über 40 Jahre 6%. 9% der Patientinnen hatte bei früheren Entbindungen Arzt und Krankenhaushilfe benötigt. 90% der von einem Ärztekonsilium eingewiesenen Patientinnen konnte angenommen werden, 10% verfielen der Ablehnung. Aus den einzelnen Indikationen seien hervorgehoben: 71% Tuberkulosen, 9% Kardiopathien, 8% Nephropathien und Toxikosen, 3% Nerven- und Geisteskrankheiten. Aus 6 großen Kliniken Englands, Italiens, Dänemarks, der Tschechoslowakei und Danzigs und der Naujokschenschen deutschen Sammelstatistik ergab sich unter 1577 Fällen folgende mittlere Beteiligung der einzelnen Krankheitsgebiete: 58% Tuberkulosen, 15% Kardiopathien, 12% Nephropathien und Toxikosen, 7% Nerven- und Geistesranke. Die Einleitung der Unterbrechung und die Ausräumung der Schwangerschaft erfolgte in jungen Monaten stets chirurgisch durch Dilatation und Abrasio. Von der 12. Woche an hat sich in 18% der Fälle die vaginale Hysterotomie als vorzügliche Methode bewährt. Alle Fälle, bei denen bei erneuter Schwangerschaft eine abermalige Unterbrechung in Frage käme, wurden sterilisiert (26%). Als Methode kam unter anderem die Madlenersche Methode, 26%, die Tubenresektion, 11% und die Salpingectomia duplex mit 35% in Frage. In jüngster Zeit wurde die Sterilisation nach Fuchs angewendet. Der vaginale Weg wurde selten eingeschlagen. Die Wahl der Narkose richtete sich nach dem Grundleiden. Gute Erfolge mit der Lumbalanästhesie, in früheren Jahren viel Lokalanästhesie, jetzt Evipan, auch bei größeren Operationen mit Morphium-Scopolamin-Vorbereitung. Die Folgen der Schwangerschaftsunterbrechung sind zu sondern nach Schäden, die 1. auf technisch nicht einwandfreie Ausführung zurückgehen, 2. der gewählten Operationsmethode zur Last fallen, 3. Folge der Resistenzverminderung durch Grundleiden und Eingriff und 4. Folge des Grundleidens allein sind. 2,4% Gesamt mortalität, wobei 0,4% auf die Technik, 0,4% auf Methodik und Sterilisation und 1,6% auf das Grundleiden entfielen. Es ergibt sich, daß die Sterilisation ein zusätzlich erschwerender Eingriff ist und daß die Wahl des Operationsweges nicht durch den Entschluß zur gleichzeitigen Sterilisation beeinflußt werden

darf. Bei Ausschluß der Sterilisation kommt der vaginale Weg und die chirurgisch vaginalen Methoden allein in Frage. Alle gefährdeten Patientinnen sind gleichzeitig nach vorheriger Unterbrechung zu sterilisieren. Auch für die eugenische Sterilisation ist die gleichzeitige Schwangerschaftsunterbrechung ein zusätzliches Gefahrenmoment. Die Schwangerschaftsunterbrechung aus eugenischer Indikation bis zum 4. Monat ist, da sie einmalig, an einem gesunden Organismus vorgenommen wird, mit einer geringen Gefahrenquote belastet. *Redenz (Danzig).*

Streitige geschlechtliche Verhältnisse, Perversionen.

Halban, Josef: Spontane Geschlechtsumwandlung eines Zwitters. Schweiz. med. Wschr. 1936 II, 1130—1132.

Es handelt sich um die Mitteilung eines einzig dastehenden Falles. 1917 wurde bei dem damals 21jährigen Menschen Tube, Eierstock und infantile Gebärmutter gefunden. Sekundäre Geschlechtsmerkmale damals mehr männlich, insbesondere Bart vorhanden. Genitalien zwittrig, mehr vom femininen Typ. 1928 Abnahme des Haarwuchses, Zunahme der Mammae. Bei erneuter Operation Entfernung eines keimdrüsenartigen kleinen Gebildes, das mikroskopisch einen Fall von Ovotestis ergab, also echte Zwitterbildung mit ursprünglich virilem Habitus und unvermittelt mit 30 Jahren auftretender Geschlechtsumstimmung im Sinne einer Verweiblichung. Auf den hormonalen Einfluß von bestimmten Tumoren der Keimdrüsen und Nebennieren wird besonders hingewiesen. Hier ist jedoch ein entsprechender Tumor nicht gefunden worden. *Nippe (Königsberg i.Pr.).*

Weber, A.: Zur Entwicklung der weiblichen Sexualität in der frühen Kindheit. (*Psychiatr. Univ.-Klin., Waldau-Bern.*) Nervenarzt 9, 615—620 (1936).

Mitteilung einer Beobachtung bei einem 3jährigen Mädchen, aus der die Berechtigung der Freud'schen Ansicht von frühkindlicher Sexualität erwiesen wird. *Ottilie Budde.*

Benon, R.: Inversion sexuelle féminine et démenée précoce. (Das lesbische Weib und die Schizophrenie.) (*Quartier des Maladies Ment., Hosp. Gén., Nantes.*) Bull. méd. 1937, 88—92.

Eingehende Beschreibung eines erblich belasteten Mädchens, das mit Beginn des 14. Lebensjahres eine Serie von lesbischen Erlebnissen mit Lehrerin und Freundinnen durchmacht; ihre Schwester ist schizophren; sie selbst wurde zeitweilig als schizophren bezeichnet; im Laufe der Entwicklung bietet sie endokrine Symptome von Fettsucht und Schilddrüsenvergrößerung. Psychoanalytische Behandlung war erfolglos. Verf. setzt sich für Sexualinstitute unter juristischer, nicht medizinischer Oberaufsicht ein. Diagnostisch ist zu unterscheiden zwischen degenerativer Triebhaftigkeit (Magnan) und sexueller Perversion. *Leibbrand (Berlin).*

Reiter, Paul J.: Potenzstörungen beim Mann und deren Behandlung. Ugeskr. Laeg. 1936, 699—704 [Dänisch].

Die normale männliche Geschlechtsfunktion besteht in einem sehr komplizierten Zusammenspiel einer ganzen Reihe verschiedener Funktionen. Die höchsten und empfindlichsten psychischen Funktionen, ästhetischen und instinktiven Faktoren arbeiten mit Zentren in Mesencephalon und Medulla spinalis, mit sympathischen und parasymphatischen Drüsen und mit humoral-hormonalen Funktionen, die wieder von dem vegetativen Nervensystem abhängig sind, zusammen. Störungen in jedem Glied dieser Kette werden Potenzstörungen veranlassen können. Es ist von größter Bedeutung, die Psychogenese der Impotenz klarzumachen, zu welchem Zwecke eine nüchterne, kritische Psychoanalyse sehr nützlich sein kann. Ferner muß man eine gründliche körperliche Untersuchung unternehmen und etwa eine Hormonanalyse. Der Verf. geht vermittlels einer Reihe von Beispielen die verschiedenen Formen von Impotenz und deren Behandlung durch. Er verwirft die Behandlung mit Yohimbin, empfiehlt aber Organotherapie in gewissen Fällen und bei der psychischen Impotenz eine analytisch-psychologische Behandlung nach Freud's Prinzipien. *W. Munk.*